

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

126

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André HERVÉ

Né le 2 Janvier 1907 à Malakoff (Seine)

**A propos de quelques cas
d'Analogies Psychopathiques
Familiales**

Président : M. CLAUDE, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André HERVÉ

Né le 2 Janvier 1907 à Malakoff (Seine)

**A propos de quelques cas
d'Analogies Psychopathiques
Familiales**

Président : M. CLAUDE, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

1938

LE DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	LAUBRY.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE ...		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
UVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLE- RY - RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie
RUPPE	Stomatologie.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

en témoignage de ma tendresse, de ma
gratitude et de mon admiration.

A MA FAMILLE — A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

*Professeur de clinique des
maladies mentales et de l'encéphale.
Médecin de l'Asile Sainte-Anne.*

qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse. En hommage de reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS
A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DU HAVRE
A MES MAÎTRES DE L'INSTITUT MÉDICO-LÉGAL DE PARIS
A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES
DE LA SEINE-INFÉRIEURE :

MADemoiselle LE Docteur MOREL
qui fut mon premier guide dans les asiles.

MONSIEUR LE Docteur MENUAU
Médecin des hôpitaux psychiâtriques de la Seine

Dans nos longs entretiens, qu'il voulut
familiers et cordiaux, il contribua à
me faire découvrir et aimer la psy-
chiâtrie.

MONSIEUR LE Docteur LATAPIE,
MONSIEUR LE Docteur GASSIOT,
MONSIEUR LE Docteur USSE,

qui me firent profiter de leur expérience
et de leurs conseils.

A MONSIEUR LE Docteur DANIEL
*Directeur de la Maison de Santé départementale
de la Seine-Inférieure.*
Ex-Médecin des hôpitaux du Havre,

auprès de qui j'ai toujours trouvé l'ac-
cueil le plus bienveillant.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Introduction et plan

L'importance de la transmission héréditaire des caractères pathologiques en psychiâtrie n'est plus, aujourd'hui, contestée. Aussi n'est-ce point l'exposé ou la défense de notions bien établies que nous tenterons ici.

Notre projet est plus modeste. Nous avons eu l'occasion, comme interne des hôpitaux psychiâtriques de la Seine-Inférieure, de passer successivement à l'Asile de Quatre-Mares (section hommes), et à l'Asile Saint-Yon (section femmes). Nous n'avons pas manqué d'être impressionné par le grand nombre de familles représentées simultanément par plusieurs de leurs membres soit dans l'une, soit dans les deux sections de l'Etablissement.

Il nous a paru intéressant de grouper ces malades en des observations rapidement esquissées. *Notre but a été de tenter de mettre en évidence tantôt les analogies, tantôt les différences essentielles rencontrées chez plusieurs aliénés d'une même famille.*

Ces analogies, ces différences, nous nous sommes proposé de les envisager : au point de vue de leurs conditions d'apparition, au point de vue de leur symptomatologie, au point de vue de leur évolution.

Après avoir exposé (chapitre II) les limites que nous nous sommes fixées, et essayé de justifier la méthode employée, nous exposons trois catégories d'observations.

Dans la première catégorie (chapitre III) sont réunies les observations dans lesquelles les malades d'une même famille sont justiciables du même diagnostic.

Dans la deuxième catégorie (chapitre IV), les diagnostics sont différents. Mais les analogies symptomatiques ou évolutives sont assez nettes pour donner lieu à rapprochements intéressants.

Dans la troisième catégorie (chapitre V) sont groupés quelques cas entre lesquels aucune analogie n'est rencontrée.

Avant d'exposer les conclusions, nous développerons quelques considérations à l'occasion de ces observations.

CHAPITRE II

Les limites de ce travail

Sommaire. — A propos des statistiques. — Sur la valeur des diagnostics. — Le temps; l'évolution; la notion de perspective en psychiâtrie; les examens successifs.

Ce n'est donc point une étude des facteurs héréditaires qu'on trouvera ici.

Loin de rechercher tous les éléments mentaux pathologiques épars chez des parents (directs ou collatéraux), nous nous appliquons seulement à découvrir, chez les malades d'une même famille, actuellement présents dans l'établissement, les éléments (symptômes, syndromes, caractères évolutifs, etc...) susceptibles de les rapprocher ou de les séparer, à

travers les analogies ou les dissemblances des diagnostics posés.

On conçoit que nous risquons d'être fort incomplet. Nombre de nos malades ont des parents proches ou éloignés soignés dans un établissement différent. Ou bien traités auparavant et ne se prêtant plus à une observation actuelle. Ou bien non susceptibles, pour des raisons variées (éloignements, insuffisance de renseignements, etc...), de nous fournir une observation complète.

Cette élimination voulue d'une part, le fait, d'autre part, que nous n'avons pas voulu réunir ici tous les cas de parenté pathologique rencontrés; le caractère nécessairement incomplet de nos recherches enfin, fausseraient évidemment une statistique. Elle ne saurait fausser l'esprit de ce travail.

Au reste, l'exposé de quelques observations soigneusement vérifiées, et à partir de quoi aucune considération générale n'est hasardeusement lancée, peut présenter quelque avantage.

Certes l'hérédité reste, comme le voulait Trélat¹, « la cause des causes ». Mais ne nous hâtons pas de conclure, soumis à la fatalité des chiffres. Écoutons W. Bowen² interprétant l'application des lois de Mendel aux recherches généalogiques :

1. Trélat. Cité par Déjérine in *Hérédité dans les Maladies du Système nerveux*, p. 28.

2. W. Bowen. *Congrès des Aliénistes Suisses. Rapport de psychiatrie*. Lugano, 14 juin 1924.

« Sommes-nous donc tout près de connaître la
« vérité sur ces lois de l'hérédité en psychiâtrie,
« puisque déjà, le chiffre aux lèvres, nous l'articu-
« lons quantitativement? Je pense qu'il ne faut pas
« se faire d'illusions... l'hérédité mendélienne n'est
« pas l'hérédité tout entière : elle n'est que ce que
« nous savons des qualités d'un noyau... La com-
« plexité de l'âme humaine, qui fait l'objet de notre
« science, l'indétermination de ses éléments, l'inter-
« prétation des limites de ses anomalies, le vague
« des conceptions qui nous les figurent, tout cela
« s'oppose encore à la recherche si exigeante dans son
« schématisation et dans sa rigueur des théories de
« Mendel. »

Nous savons combien les auteurs divergent lorsqu'il s'agit d'appliquer les lois de l'hérédité à cette matière si mouvante et si difficilement saisissable qu'est la science psychiâtrique. Contentons-nous ici de dire que, parmi les difficultés rencontrées, l'une des moindres n'est assurément pas ce fait qu'aucun document familial ou officiel ne renseigne le généalogiste sur la description, la nature, la valeur héréditaire des affections qui touchèrent les parents de nos malades, et les parents de leurs parents. Que la première condition à remplir pour permettre d'effectuer dans le passé généalogique des incursions fructueuses est de demander et d'obtenir que des fiches indivi-

duelles soient dressées, et obligatoirement remplies, touchant chacun des épisodes pathologiques de chacun des individus.

Quand pourrons-nous, comme cette élève de Krestchmer l'a fait pour deux familles suisses, suivre pas à pas pendant 150 ans, pour chacun de nos malades, sur des documents médicaux sérieux, l'apport des générations antérieures?

C'est à ce moment seulement que nous serons presque tenté de dire, avec Minkowski : « L'avenir de la psychiâtrie, en tant que science, repose en majeure partie sur les recherches généalogiques concernant l'hérédité des maladies mentales¹. »

On trouvera, chemin faisant, au cours des observations publiées, des cas d'hérédité directe, et des cas d'hérédité indirecte, soit atavique, soit collatérale. Les faits rapportés entreront tantôt dans les cadres de l'hérédité similaire ou dissemblable, tantôt dans ceux de l'hérédité unilatérale ou bilatérale, ou croisée. Nous ne tenterons pas, « éblouis par le prestige magique de la mathématique mendélienne », de les rattacher à telle ou telle de ces catégories.

De même ne citerons-nous les antécédents pathologiques des malades que dans quelques cas où l'intérêt direct et évident s'impose. Sauf pour quelques

1. Minkowski. *La Schizophrénie. Psychopathologie des Schizoïdes et des Schizophrènes*, p. 16.

cas, nous n'avons pas cru devoir rendre compte des réactions de laboratoires (chimiques, biologiques, cytologiques, etc...), ou des traitements variés dont ils avaient pu faire l'objet.

Encore une fois, nous n'avons voulu que mettre en évidence, en parcourant ces observations, le fait que des malades d'une même famille, tantôt dans un même cadre nosographique, tantôt dans des cadres nosographiques différents, peuvent présenter des syndromes mentaux ou analogues ou différents. En d'autres termes, il ne faut pas chercher ici autre chose que quelques réflexions sur quelques cas cliniques.

Une remarque encore, avant de passer à l'exposé des observations.

La plupart de nos malades séjournent à Saint-Yon, ou à Quatre-Mares depuis de nombreuses années. Un grand nombre depuis plusieurs décades. Quelques-uns depuis un demi-siècle. Le temps, cette pierre de touche de la valeur de tout diagnostic, et singulièrement du diagnostic psychiatrique, a fait son œuvre. Les syndromes secondaires, surajoutés, se sont effacés, ou transformés, intégrés désormais dans le comportement habituel du malade. Les grandes lignes évolutives se sont dégagées, permettant de découvrir les plans importants, masqués souvent par des manifestations bruyantes, et parfois aveuglantes dans leur intensité.

A propos de certaines psychoses paranoïaques, H. Claude écrit¹ : « Chez beaucoup de ces sujets, ce
« sont des éléments secondaires qui pendant long-
« temps apparaissent au premier plan, alors qu'en
« réalité le fonds mental paranoïaque reste dissimulé
« et doit être recherché avec soin parce que c'est lui
« qui conditionne les différents éléments de la mala-
« die et surtout fixe le pronostic... Les premiers plans
« du décor sont en réalité des éléments secondaires,
« ce sont les arrière-plans qui conditionnent la ma-
« ladie... »

Cette notion de la « perspective en psychiatrie », souvent développée par le Maître de l'école de Sainte-Anne, nous en découvrons ici à chaque pas la réalité et la valeur. Le développement dans le temps, de la maladie, a réalisé cette mise au point, parfois si difficile à effectuer par l'examen même attentif d'un psychopathe s'offrant à une observation médicale récente.

Aussi bien, au sujet des diagnostics posés, ne nous cherchera-t-on point querelle. L'évolution de la terminologie médicale, cette bataille d'étiquettes, qui traduit souvent bien plus des préoccupations purement psychologiques ou doctrinales que cliniques, ne

1. H. Claude. *Psychose paranoïaque à type paraphrénique d'allure mystique avec démonopathie et zoopathie*, in *Encéphale*, novembre 1934, p. 590.

nous invite-t-elle pas à donner au syndrome plus d'importance qu'au cadre même de la maladie?

« A part quelques exceptions (paralysie générale, « démences involutives, idioties... qui sont des syndromes anatomo-cliniques), les affections mentales restent encore des syndromes cliniques. De là vient « la difficulté de leur délimitation...; chaque auteur, « selon ses tendances, considère comme capitaux des « éléments que d'autres tiennent pour accessoires¹... »

Enfin, un autre élément de justification des diagnostics posés, nous le trouvons dans ce fait que les médecins successifs à qui étaient confiés nos malades, le périple que la plupart d'entre eux-ci ont accompli dans les divers quartiers de l'établissement, ont laissé des traces souvent riches de renseignements dans les dossiers médicaux. Nous suivons là l'histoire de toute une vie pathologique.

A travers les divergences des doctrines nosologiques ou des tempéraments médicaux, les éléments importants pour le diagnostic ne peuvent pas ne pas se dégager. Et ceci était bien fait pour simplifier notre tâche. Ajoutons que celle-ci nous a été facilitée encore par la bienveillance avec laquelle nos Maîtres des hôpitaux psychiatriques de Saint-Yon et de Quatre-Mares nous ont confié et leurs malades et leurs conseils.

1. Dide et Guiraud. *Psychiatrie du Médecin Praticien*, p. 10.



Nous avons rassemblé 69 malades, groupés en 33 observations, comprenant chacune soit deux, soit trois, soit quatre sujets.

Ces observations sont réparties en trois catégories.

Dans la 1^{re} catégorie sont groupées les observations dans lesquelles les malades d'une même famille se présentent avec un diagnostic semblable.

Dans la 2^e catégorie sont groupées les observations dans lesquelles les malades d'une même famille, sans présenter des diagnostics semblables, peuvent, par certains aspects psychopathologiques, se rapprocher et se comparer.

Dans la 3^e catégorie sont groupées les observations dans lesquelles les malades d'une même famille donnent un tableau clinique entièrement différent.



Il est évident que parmi une population aussi nombreuse (plus de 2.500 malades) rassemblée dans les deux sections (Hommes et Femmes) de l'Etablissement, nous aurions pu découvrir — et nous avons découvert — un nombre beaucoup plus important de cas d'analogies psychopathiques familiales.

Nous avons déjà dit pourquoi notre dessein n'était pas de faire ici œuvre de statistique.

D'autre part, nous aurions, sans grand intérêt semble-t-il, alourdi inutilement le texte en voulant y introduire tous les cas rencontrés.

Enfin, ces 69 sujets, nous ne les avons pas arbitrairement choisis. Nous nous sommes contenté d'arrêter la récolte lorsque la moisson nous a semblé assez abondante.

*
**

On ne s'étonnera pas de l'inégalité des développements prêtés à ces observations. Certaines affections peuvent se passer ici de description clinique détaillée. Une idiotie, une démence involutive, une épilepsie, une paralysie générale même, ne peuvent guère fournir, pour le but à atteindre, des développements intéressants. Le contenu de certains délires au contraire, leur structure; la teinte affective de certaines préoccupations; les différences d'évolution ont été, autant que possible, signalées. Et même, il ne nous a pas paru inutile d'entrer dans quelques détails à l'occasion de plusieurs observations (Observations XIV, XXI...), en raison, tantôt de la difficulté des diagnostics à poser, tantôt de l'intérêt plus grand qu'elles présentaient.

CHAPITRE III

1^{er} groupe d'observations

Les 19 observations de ce chapitre groupent :

Les 6 premières, des cas de Psychose Périodique ou de manifestations s'y rattachant.

10 observations portent sur des Schizophrènes, ou des Déments Précoces.

3 observations de cas de Débilité ou d'arriération mentales.

Les analogies, on le verra, sont parfois assez prononcées pour donner, dans ces cas — à diagnostics semblables il est vrai, — des tableaux cliniques exactement superposables. Non seulement, comme on pouvait s'y attendre dans la symptomatologie et l'évolution, mais encore dans des nuances cliniques

souvent fort ténues; ou dans des symptômes surajoutés tels que : troubles sensoriels chez des Périodiques; mêmes préoccupations chez des Délirants; mêmes masques cliniques cachant pendant un certain temps un diagnostic que l'évolution vient accuser.

OBSERVATION I

Sommaire. — Elle concerne une mère (cas A) et sa fille (cas B). Toutes deux sont atteintes de psychose périodique de même forme. Les mêmes éléments se surajoutent : idées délirantes de persécution et troubles sensoriels.

Cas A. — M^{me} D..., née Q.

De 1911 à 1918, elle fait deux courts séjours à Saint-Yon. Le premier pour mélancolie anxieuse, le deuxième pour excitation maniaque.

Elle revient en 1922, à 57 ans, avec le diagnostic d'hypomanie.

Depuis lors, elle présente une alternance de périodes d'excitation psychique et de **dépression**. Aucun intervalle de retour à la normale ne sépare ces périodes, qui durent chacune plusieurs mois : c'est une folie circulaire.

A ce tableau se surajoutent certains éléments hallucinatoires et des interprétations délirantes variées, orientées dans le sens de la persécution. « On lui a versé dans son café de la poudre pour l'empoisonner. On lui envoie des douleurs dans le dos. Elle sait bien que M. X..., qu'elle désigne, lui veut du mal... »

Cas B. — M^{me} Q..., née D.

Elle vient 5 fois à Saint-Yon, de 1911 à 1915. Les certificats descriptifs indiquent successivement mélancolie et excitation maniaque.

Depuis son 6^e séjour, en 1927 (elle a alors 41 ans), elle fait alterner les périodes de dépression et les périodes d'excitation psychique et motrice. Au cours de ces dernières, elle présente régulièrement des épisodes avec hallucinations visuelles et psychomotrices, et des idées de persécution.

OBSERVATION II

Sommaire. — Elle concerne une sœur (cas A) et un frère (cas B).

Même diagnostic : manie intermittente pure, sans aucun symptôme mélancolique.

Cas A. — M^{lle} H... Elise.

On trouve des traces de son passage à l'Asile en 1892, époque à laquelle elle est soignée pour une crise d'excitation maniaque. Elle entre à nouveau en 1928, à 58 ans. Depuis lors, elle présente des accès d'excitation maniaque pure, durant 3 mois environ, séparés par des périodes normales de plusieurs mois. Aucun élément dépressif prodromique ou consécutif. Pas d'affaiblissement intellectuel.

Cas B. — M. H... Louis.

Il fait 3 séjours à Quatre-Mares : en 1924 (il a alors 38 ans), en 1925, en 1928.

Il est atteint de manie intermittente. Chaque accès commence par un épisode confuso-maniaque. Puis les signes d'excitation psychique subsistent seuls pendant 4 à 5 semaines. Il n'a pas d'affaiblissement intellectuel.

OBSERVATION III

Sommaire. — Elle concerne deux sœurs, atteintes de mélancolie.

Chez aucune des deux ne se trouvent d'antécédents pathologiques personnels. Toutes deux entrent dans la maladie à l'occasion, ou à l'époque, de la ménopause, qui révèle un goître exophtalmique.

Elles présentent encore en commun : les tentatives de suicide multiples; la même symptomatologie; la même évolution rapide vers la guérison.

Cas A. — M^{lle} S... Adrienne.

Elle entre à 53 ans, en 1936, après une tentative de suicide par pendaison. Elle présente un état mélancolique, qui semble en rapport avec des troubles ménopausiques.

Ralentissement idéatoire, douleur morale, conscience d'un état cénesthésique perturbé. Idées délirantes : craintes et attentes de malheurs imaginaires, scrupules, désir de la mort, etc...

Après bien des réticences, elle avoue une, puis deux, puis trois tentatives de suicide par pendaison et strangulation.

L'examen somatique révèle la présence d'un goître avec exophtalmie, tachyarythmie et tremblement. Son état mental s'amende rapidement.

Elle sort fin décembre 1936.

Cas B. — M^{me} C..., née S.

Elle entre à 48 ans, en 1937, à la suite de tentatives de suicide. Elle présente un état mélancolique. Ce n'est qu'après une longue période de réticence qu'elle avoue, elle aussi,

deux, puis trois tentatives de suicide (par les barbituriques).
Appoint confusionnel; Goître exophtalmique.

Elle est très améliorée, lorsque trois mois après elle est transférée dans un établissement voisin.

OBSERVATION IV

•

Sommaire. — Elle concerne deux sœurs jumelles.

Toutes deux sont atteintes de psychose périodique. A aucun moment aucune d'elles ne retrouve un état absolument normal. L'hypomanie domine. Une seule différence : l'une d'elle (cas B) fait volontiers une courte période dépressive post-maniaque. La similitude est remarquable : même symptomatologie; les manifestations nécessitant l'internement surviennent alors qu'elles atteignent l'une 37, l'autre 35 ans; ces accès maniaques sont à plusieurs reprises simultanés. Ajoutons que la ressemblance physique est frappante.

Cas A. — M^{me} V..., née L... Alphonsine.

Elle entre en 1907, à 37 ans.

Elle présente des accès de manie franche, durant 3 ou 4 mois. Des périodes de calme relatif séparent les accès, sans qu'on puisse parler d'état normal. Une teinte d'hypomanie en effet subsiste dans l'intervalle. Il semble qu'elle reste toujours au-dessus du tonus psychique normal, avec, çà et là, des périodes de surexcitation paroxystique. Pas d'affaiblissement intellectuel.

Cas B. — M^{me} A..., née L.

Après deux courts séjours à Saint-Yon, en 1905 (elle a 35 ans) et en 1923, pendant lesquels elle est soignée pour excitation maniaque, elle revient en 1924.

Aux périodes de manie durant 2 ou 3 mois succèdent des périodes courtes de dépression (quelques semaines). Puis la malade reprend son état habituel, hypomaniaque, sans qu'on puisse constater aucun intervalle de comportement normal. Pas d'affaiblissement intellectuel.

OBSERVATION V

Sommaire. — Elle concerne deux sœurs jumelles.

Les analogies sont évidentes : les premiers signes apparaissent, pour les deux sœurs, 2 mois et demi après un accouchement. Chez l'une, à 22 ans. Chez l'autre, à 24 ans.

Dans les deux cas on trouve, au grand complet, la symptomatologie d'une psychologie périodique. Similitude dans la forme, la durée, la succession des accès, tantôt maniaques, tantôt mélancoliques. Existence de périodes intercalaires absolument normales. A plusieurs reprises, simultanéité des accès maniaques. L'examen du fonds mental ne révèle pas d'affaiblissement intellectuel. Enfin la ressemblance physique est grande : Dans le service, on a quelque difficulté à les distinguer.

Notons une seule dissemblance : Chez Geneviève (cas B), on trouve des phénomènes épisodiques d'automatisme mental.

Cas A. M^{lle} F... Odette.

Elle entre pour la première fois en 1922, à 22 ans, présentant un état hypomaniaque et des idées délirantes de persécution. Appoint confusionnel. Elle a accouché deux mois 1/2 auparavant. Jusqu'à sa première sortie, en 1926, elle va osciller entre un état d'hypomanie et un état de dépression, régulièrement séparés par des intervalles de plusieurs semaines pendant lesquelles elle devient normale.

Elle peut vivre à l'extérieur pendant plus d'un an, et revient au cours d'une phase de dépression. Depuis lors, elle réside à Saint-Yon, tantôt maniaque, tantôt normale, tantôt mélancolique en respectant cette régulière alternance. On ne trouve entre ses accès, ni idées délirantes résiduelles, ni affaiblissement intellectuel.

Cas B. — M^{lle} F... Geneviève.

Elle entre à 24 ans, en 1924, deux mois après un accouchement. Elle présente des idées délirantes peu cohérentes, où dominant les idées de persécution. Quelques phénomènes d'automatisme mental. Rapidement elle va évoluer vers un état caractéristique d'une psychose périodique, à accès maniaques, puis mélancoliques durant plusieurs mois, séparés par des intervalles lucides de plusieurs semaines.

Actuellement, d'une façon épisodique, elle manifeste un syndrome d'action extérieure (gestes imposés, vol de la pensée; troubles sensoriels variés). Elle n'a pas d'affaiblissement intellectuel.

OBSERVATION VI

Sommaire. — Elle concerne une tante (cas A) et sa nièce (cas B).

Toutes deux sont atteintes de psychose périodique. Les phases de dépression et d'excitation sont séparées par des intervalles de lucidité.

Cas A. M^{me} O...

Elle est internée en 1917, à 53 ans, atteinte de confusion mentale aiguë, avec grande agitation. Elle sort rapidement de cet état.

Depuis cette époque elle présente, d'une part, des périodes de dépression durant lesquelles elle reste inerte, silencieuse, triste, concentrée; manifeste des idées délirantes d'auto-accusation avec attente de malheurs imminents. D'autre part, des périodes d'excitation pendant lesquelles elle se montre turbulente, logorrhéique, euphorique, malicieuse, taquine, insomnique. Les périodes dépressives durent plusieurs mois. Un intervalle court les sépare de périodes d'excitation qui évoluent plus rapidement jusqu'au retour de la prochaine crise. Pas d'affaiblissement intellectuel.

Elle est atteinte de psychose périodique, forme décrite autrefois sous le nom de folie alterne.

Cas B. M^{me} C..., née L..., nièce de la précédente.

Entrée en 1926, à 36 ans. Pendant 10 ans, c'est-à-dire jusqu'à sa sortie en décembre 1936, elle va présenter une psychose périodique typique avec accès maniaques alternant avec des états mélancoliques espacés. Ces accès permettent des sorties de plusieurs mois au début de 1927. Pas d'affaiblissement intellectuel.

OBSERVATION VII

Sommaire. — Elle concerne une mère (cas A) et sa fille (cas B).

Elles sont atteintes de démence précoce à forme paranoïde, à évolution régulièrement progressive. Chez toutes deux se surajoutent des troubles sensoriels et des préoccupations orientées vers des sujets religieux.

Cas A. — M^{me} D..., née H.

Malade depuis de nombreuses années, elle entre en 1925, âgée de 53 ans. Elle va rester à Saint-Yon avec seulement une interruption de quelques semaines en 1928.

Le diagnostic d'entrée porte démence précoce. Actuellement, elle réalise une D. P. à forme paranoïde. Des hallucinations auditives et visuelles, des troubles de la cénesthésie, des idées délirantes à teinte mystique, complètent le tableau clinique.

Cas B. — M^{lle} D... Laure.

Elle entre en 1932, à 36 ans. Elle est atteinte de démence précoce à forme paranoïde. Des troubles sensoriels variés se surajoutent et des préoccupations portant sur des sujets religieux.

OBSERVATION VIII

Sommaire. — Elle concerne deux sœurs.

Toutes deux passent d'abord pour des délirantes persécutées. Le contenu délirant est le même : leur

famille les poursuit, leur notaire les vole. Toutes deux évoluent rapidement vers un syndrome hébéphréno-catatonique des plus nets. L'évolution confirme le diagnostic.

Cas A. — M^{me} V..., née H... Marie.

Elle entre en 1927, à 26 ans. On la considère comme atteinte de délire de persécution. Interprétations délirantes multiples : des voisins lui font des grimaces, elle surprend des gestes malveillants sur son passage. Troubles sensoriels variés, avec sentiment de menace constante. Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois qu'apparaissent de la discordance dans l'attitude, du maniérisme, des périodes d'agitation de type catatonique avec impulsion, au cours desquelles elle brise ce qui lui tombe sous la main, déchire ses draps, menace son entourage.

Pendant un essai de sortie, tenté sur l'insistance de son mari, elle fait plusieurs fugues et plusieurs tentatives de suicide.

Actuellement, elle reste le plus souvent figée, les bras au corps, ne répond pas aux questions, manifeste de l'opposition, du négativisme et du contrarisme. Elle s'arrache les cheveux, s'épile les sourcils. Elle gâte par moments. Affaiblissement intellectuel. Indifférence affective.

Cas B. — M^{lle} H... Madeleine.

Entre en 1935, à 32 ans. Elle commence par développer des idées de persécution et des interprétations délirantes : un complot est tramé contre elle. On envoie des émissaires pour la surveiller. Son notaire l'a volée, elle l'a « bien compris à son air », etc.

Rapidement les grossièretés, la sitiophobie, l'attitude dysharmonique, l'alternative des périodes de calme (pendant

lesquelles elle reste figée) et l'agitation catatonique font poser le diagnostic de démence précoce. L'affaiblissement intellectuel est considérable.

OBSERVATION IX

Sommaire. — Elle concerne deux sœurs qui entrent dans la maladie sensiblement au même âge, toutes deux par des réactions anti-sociales absurdes. Elles présentent un état schizophrénique tout à fait superposable.

Cas A. — M^{lle} L... Raymonde.

Elle entre au début de 1937, à 31 ans, en état de quasi stupeur. Les quelques mots qu'on lui arrache à grand'peine permettent néanmoins de constater que le fonctionnement des facultés intellectuelles élémentaires s'effectue, mais lentement, sans élan. L'anamnèse, les actes absurdes avant son entrée, la constatation de l'autisme, de la dysharmonie des réactions, la stupeur catatonique alternant avec des bouffées d'excitation désordonnée, l'indifférence affective, la conservation du fonctionnement allo-psychique font poser le diagnostic de schizophrénie. Pas de délire.

Cas B. — M^{lle} L... Geneviève.

Elle entre en 1934, à 27 ans. Des actes discordants, le refus de s'alimenter, l'amènent à Saint-Yon. La torpeur intellectuelle, l'inertie apparente ne lui sont qu'un masque : l'activité intellectuelle élémentaire subsiste, mais entièrement orientée sur elle-même : autisme. Quelques épisodes hallucinatoires du type oniroïde. Indifférence affective. Actuellement, à certains moments favorables, l'examen du fonds mental est pos-

sible. Toutes les manifestations mentales de la série schizophrénique sont alors faciles à mettre en évidence.

Attitude maniérée. Discordance. Quelques rares épisodes d'activité catatonique. Pas de délire. Pas de rémission depuis le début de la maladie.

OBSERVATION X

Sommaire. — Elle concerne deux sœurs, atteintes toutes deux de Démence Précoce, de même forme, réalisant le même tableau clinique, la même évolution régulièrement progressive.

Cas A. — M^{lle} Q... Germaine.

Elle entre en 1912, à 18 ans, en état de confusion aiguë.

L'anamnèse d'une part, le tableau clinique, l'évolution, d'autre part, permettent de porter le diagnostic de démence précoce à forme hébéphréno-catatonique : affaiblissement intellectuel précoce et rapidement accentué, négativisme, périodes d'agitation catatonique, avec impulsions. Stéréotypie. Autisme. Actuellement l'activité est réduite à celle de la vie végétative. La déchéance intellectuelle est complète. Gâtisme.

L'évolution a été régulièrement progressive.

Cas B. — M^{lle} H..., née Q... Berthe.

Elle entre en 1918, à 19 ans. Elle est soignée dans un hôpital de la région depuis plusieurs années, pour un état mental caractérisé par du ralentissement psychique apparent, de l'inertie, évoluant sur un terrain physique particulièrement grave : anorexie, amaigrissement, insomnie.

Les renseignements que l'on a sur elle nous la montrent, dès l'année 1921, dans un état de déchéance intellectuelle et

physique : perte de toute initiative, stéréotypies, catalepsie, phases d'agitation catatonique et gâtisme. L'évolution est régulière, sans rémission.

OBSERVATION XI

Sommaire. — Elle concerne deux sœurs. Chacune d'elles entre dans la maladie à 20 ans. Toutes deux doivent être internées à peu près au même âge (31 et 34 ans).

Les phénomènes mentaux constituant vraiment l'essentiel, « les arrière-plans qui conditionnent la maladie et le pronostic » (cf. page 11) n'apparaissent pas au début, masqués qu'ils sont, chez l'une (cas A) par un syndrome psychasthénique, chez l'autre (cas B) par des idées délirantes de persécution et des troubles sensoriels. Mais la perspective réelle se dégage bientôt. Nos deux sœurs réalisent alors un syndrome schizophrénique.

Cas A. — M^{lle} B... Marthe.

Elle entre en 1926, à 31 ans.

Depuis sa 20^e année, elle présente des signes de la série psychasthénique : obsession phobique portant sur les microbes, les poussières. Elle ne se coiffe pas pour ne pas faire tomber sur elle la poussière de ses cheveux. Elle utilise des ustensiles de cuisine rigoureusement stériles, etc. Elle « sait bien que tout cela est sot ». Mais elle n'en arrive pas moins à la claustration absolue, à l'incurie, à l'inaction complète.

C'est dans cet état qu'elle est amenée à Saint-Yon.

L'examen révèle des signes de dissociation psychique, des phénomènes d'automatisme mental, de négativisme. Autisme, attitude paradoxale, maniérisme.

Elle reste consciente de son trouble, se gourmande elle-même en voyant « les machines à coudre se transformer en pieuvres », plaisante en expliquant l'impression bizarre qu'elle éprouve « de se transformer en bête ».

Cas B. — M^{lle} B... Germaine.

Elle entre en 1927, à 34 ans. Depuis plus de 10 ans, elle manifeste des idées de persécution et de troubles hallucinatoires : on l'injurie. On frappe les murs. La « Bande noire de S... va prendre sa maison. Elle est dominée par la suggestion des autres ».

Peu à peu apparaissent : l'attitude dysharmonique, du maniérisme, des rires non motivés, des périodes d'agitation catatonique. Autisme. Indifférence affective.

Elle est actuellement en état de démence.

OBSERVATION XII

Sommaire. — Elle concerne deux sœurs, atteintes de démence précoce, ayant manifesté ses premiers symptômes avant la 20^e année. L'une (cas A) présente un syndrome hétérophrénocatatonique. L'autre (cas B) présente les signes d'une D. P. à son début.

Cas A. — M^{lle} M... Denise.

Elle entre en 1927, à 18 ans. C'est une démence précoce à forme hétérophrénocatatonique. Affaiblissement intellectuel. Ambivalence. Autisme. Stéréotypie. Maniérisme. Périodes d'agitation catatonique avec impulsions. Parfois, elle sort

d'une apathie apparente habituelle pour exprimer des idées délirantes de grandeur : elle est Reine de Yougoslavie, elle a épousé M. de X..., Duc de France et Roi d'Algérie, etc... En 1937, elle est réduite à une vie végétative, gâte, mange gloutonnement, pousse des cris.

Cas B. — M^{lle} M... Solange.

Elle entre en 1938, à 23 ans.

Elle est soignée dans plusieurs maisons de santé depuis 3 ans. Les troubles du caractère et du comportement, des réactions érotomaniaques ont constitué les premiers symptômes.

Elle se présente à nous avec une attitude maniérée, puérile, discordante.

D'une voix monotone et indifférente, elle expose avec mille détails et digressions ses succès scolaires et artistiques, qui sont réels; l'indignité qu'elle prête à ses parents; une histoire invraisemblable d'un rendez-vous amoureux avec un inconnu, etc... L'examen révèle un affaiblissement intellectuel encore discret. Anomalie du jugement. Quelques troubles du cours des idées.

Troubles vago-sympathiques : dermographisme, hypersécrétion sébacée.

OBSERVATION XIII

Sommaire. — Elle concerne deux sœurs, présentant toutes deux un état démentiel profond. L'anamnèse, l'examen actuel, l'évolution permettent de poser ce diagnostic de Démence, aboutissement d'une démence précoce, qui s'est manifestée vers la 20^e année.

Cas A. — M^{lle} M... Louise, entrée en 1905 à 38 ans.

Cas B. — M^{lle} M... Aimée, entrée en 1918 à 61 ans.

OBSERVATION XIV

Sommaire. — Elle concerne deux sœurs. Cette observation a fait l'objet d'une publication (« Psychose périodique et schizophrénie chez deux sœurs », par G. Gassiot et J. Leclerc¹). Nous lui ferons de larges emprunts. L'une (cas A) est atteinte, suivant les auteurs, de Psychose Périodique avec accès d'inégale durée « caractérisés par une agitation que l'on peut parfois hésiter à qualifier de maniaque ». Nous verrons, en effet, qu'on peut considérer cette malade comme une schizomane, qu'elle correspond assez bien à la définition qu'H. Claude donne de cet aspect de schizoïdie² :

« ...La réalité est de plus en plus négligée. Les malades sont inertes, inactifs, l'air absent, et donnent l'apparence de l'inaffectivité, puisqu'ils ne s'intéressent pas à ce qui se passe autour d'eux. L'intégrité des fonctions intellectuelles est cependant parfaite. L'interrogatoire, parfois un peu difficile en raison du manque d'attention que montrent les sujets, ou de leur repliement sur eux-mêmes,

1. G. Gassiot et J. Leclerc. Psychose périodique et schizophrénie chez deux sœurs. In Annales Médico-Psychologiques, décembre 1936, n° 5.

2. H. Claude, A. Borel, Gilbert Robin. Démence précoce, Schizomanie et schizophrénie. In Encéphale, mars 1924, n° 3, page 148.

« donne des réponses correctes, adéquates, logiques.
« L'élément « dissociation » qui se révèle dans l'ap-
« préciation non pas des fonctions psychiques pri-
« ses isolément, mais dans la synthèse intellectuelle
« supérieure, existe au plus haut point entre l'ac-
« tivité pratique et le noyau de la personnalité qui
« tend à vivre dans un monde intérieur, selon un
« mode de pensée « autiste ». Ces malades ont, en
« général, conscience de l'état morbide, mais se com-
« plaisent dans l'inactivité, et, quand la réalité exté-
« rieure leur est imposée, ils essaient parfois de s'y
« soustraire par des fugues, par des crises d'exalta-
« tion confusionnelle, ou par le suicide... »

L'autre malade (cas B) est atteinte de Schizophrénie. Elle a présenté pendant 8 ans une agitation extrême et permanente de caractère catatonique.

Cas A. — M^{lle} G... Marguerite.

Elle fait à Saint-Yon un premier séjour de 6 mois en 1901, à 18 ans, un deuxième de 3 mois en 1905. Le diagnostic de psychose périodique est posé, avec prédominance d'excitation maniaque. Néanmoins, dès cette époque, des symptômes de mauvais augure retiennent déjà l'attention : propos étranges, idées délirantes peu coordonnées, hallucinations sensorielles. La guérison est rapide et soudaine.

La malade revient en 1917.

A l'inverse des deux premières atteintes, qui n'avaient duré que quelques mois, ce dernier accès va prendre une allure chronique, au point de faire considérer la psychose comme fixée. L'état habituel se traduit par une vive agitation motrice

avec rires explosifs, cris, chants, propos sans suite. La tenue est malpropre. Gloutonnerie. Des crises d'agitation féroce éclatent parfois : la malade se roule à terre en hurlant. Elle se relève pour se précipiter contre un mur, brisant tout sur son passage. Propos orduriers ou cris inarticulés. Il faut attendre 1930 pour rencontrer des périodes de calme relatif de quelques heures. En 1936, une période favorable permet un interrogatoire détaillé qui dénote un très léger degré d'affaiblissement intellectuel, de l'indifférence affective, des sentiments éthiques émoussés. Parlant de ses périodes d'agitation, elle dit : « J'avais très mal à la tête. Je voyais des choses d'église... » Elle est bien orientée, l'attention est facile à fixer. La manière dont elle réclame sa sortie et son pécule donnent l'aspect d'une stéréotypie.

Cas B. — M^{lle} G... Cécile.

Elle entre en 1917, à 34 ans pour de l'excitation maniaque : agitation motrice, propos inintelligibles, exubérance; gâtisme.

L'année suivante, on note de l'agitation catatonique avec négativisme et violences impulsives. Indifférence. Etat habituel d'obnubilation. On commence donc à voir se développer l'autisme et les signes qu'il entraîne. Durant 8 ans, sans aucune sédation appréciable, elle doit être isolée à la section des agitées. Elle se roule à terre avec violence, déchire ou brise tout, pousse des cris stéréotypés. Elle répète les mêmes syllabes pendant des heures entières.

Il ne reste alors que bien peu des éléments maniaques primitifs.

Brusquement, en 1936, sédation des symptômes décrits. Pour la 1^{re} fois depuis 8 ans, elle s'alimente seule. Elle est calme, circule librement dans les salles. L'interrogatoire met en évidence la pertinence des propos. Mais rapidement la fa-

tigue s'installe et la malade ne répond que par monosyllabes. Sa hâte à regagner sa place habituelle est remarquable.

L'affectivité est très diminuée. Elle semble indifférente à son état. On retire l'impression de désinsertion du monde extérieur plutôt que d'affaiblissement intellectuel véritable. La gravité des symptômes observés, et la constatation des ressources dont dispose la malade permettent de poser le diagnostic de schizophrénie.

3 mois après, l'état d'agitation incohérente reprend son cours.

OBSERVATION XV

Sommaire. — Elle concerne deux frères atteints de démence précoce.

Cas A. -- M. G., Lucien.

Il entre à Quatre-Mares en 1932, à 29 ans. Des certificats de cette époque indiquent : dégénérescence mentale avec idées délirantes interprétatives et inadaptabilité sociale. Anxiété.

Actuellement on peut le considérer comme atteint de démence précoce à forme paranoïde. Les conceptions délirantes sont floues, non coordonnées, non systématisées. « Il appartient à une armée. On l'a soigné à l'air comprimé. Il est victime d'une prostitution de nom... » Ton déclamatoire. Discordance. Stéréotypies. Affaiblissement intellectuel considérable.

Cas B. -- M. G., Robert.

Il entre en 1934, à 23 ans. L'autisme, le maniérisme discordant, les stéréotypies, les troubles affectifs, l'affaiblissement intellectuel font poser le diagnostic de démence précoce.

OBSERVATION XVI

Sommaire. — Elle concerne une mère (cas A) et ses deux fils (cas B et C).

Les trois sujets sont atteints de démence précoce.

Cas A. — M^{me} H..., née P...

Elle entre en 1896 à 37 ans.

Pendant plusieurs années, elle offre le tableau clinique d'une psychose périodique avec prédominance de l'état d'excitation psychique : Etat hypomaniaque, logorrhée, fuite des idées, hallucinations psycho-motrices.

L'incohérence des propos, les stéréotypies d'attitudes, les impulsions, les troubles sensoriels variés font bientôt porter un pronostic plus sombre.

Actuellement, la malade réalise un état schizophrénique : Autisme, ambivalence, désintérêt du monde extérieur, fléchissement de sentiments affectifs.

Automatisme mental. Troubles sensoriels actifs et variés, mais dépourvus d'organisation et de systématisation. Néologismes.

Cas B. — M. H... Charles.

Il entre en 1926, à 28 ans. Il réalise actuellement une démence précoce (affaiblissement intellectuel, disparition des sentiments affectifs, automatisme mental).

Cas C. — M. H... Gaston.

Il entre à Quatre-Mares en 1919.

Il présente une inertie absolue, de l'indifférence apparente des stéréotypies d'attitudes. Son comportement dans le service (discordance, impulsions, contrarisme), va rapidement permettre de poser le diagnostic de démence précoce. A cer-

tains moments favorables l'interrogatoire met en évidence la conservation des fonctions psychiques prises isolément, mais un trouble profond de leur synthèse.

OBSERVATION XVII

Sommaire. — Elle concerne deux sœurs, toutes deux débiles mentales. Elles présentent de plus en commun des hallucinations auditives agressives et des idées délirantes de persécution.

Cas A. — M^{lle} D... Marie-Augustine.

Entre en 1933, à 49 ans. C'est une débile mentale qu'amène à l'Asile des réactions en rapport avec des idées délirantes: un de ses parents la vole, dit du mal d'elle. Hallucinations auditives. Illusion de fausses reconnaissances et interprétations fausses.

Elle est heureuse d'être à Saint-Yon, où elle se sent en sécurité. L'examen du fonds mental montre un niveau de 7 ou 8 ans. Elle est illettrée. Parfois tranquille, souriante, en repos, elle continue de présenter par moments des idées délirantes et des hallucinations auditives qui la conduisent à des réactions violentes. Décédée en 1936.

Cas B. — M^{lle} L..., née D... Pauline.

Elle entre en 1927, à 42 ans. Des idées délirantes de persécution qui évoluent sur un fonds de débilité caractérisent son état mental. Un de ses parents la persécute, lui vole ses enfants, colporte des propos malveillants. Elle est illettrée. Elle peut être régulièrement utilisée dans l'établissement à de gros travaux ménagers, malgré des récriminations continues et ses protestations contre l'internement.

OBSERVATION XVIII

Sommaire. --- Elle concerne une mère (cas A), ses deux fils (cas B et C), sa fille (cas D).

La mère peut, malgré sa grande débilité, vivre à l'extérieur, mais se fait remarquer par des troubles du caractère. Un premier fils est débile et instable. Un deuxième fils imbécile et violent. Une fille débile et impulsive.

Cas A. — M^{me} L..., née V...

Elle n'a fait à Saint-Yon qu'un séjour de 7 mois, en 1936, à 45 ans. Elle présenterait une débilité mentale constitutionnelle (8-10 ans d'âge mental par les tests) et un état délirant mal systématisé. Elle se fait remarquer par les troubles du caractère et son comportement violent.

Cas B. — M. L... Emile.

Il entre à Quatre-Mares en 1933, à 21 ans, avec un état onirique d'alcoolisme subaigu. Agitation motrice, en rapport avec des hallucinations visuelles et auditives. Idées de persécution et d'ensorcellement. Disparues ces manifestations aiguës, ce malade reste un débile (9-10 ans d'âge mental par la méthode des tests), à caractère difficile et à réactions coléreuses.

Cas C. — L... Raymond.

Il est amené en 1935, à 8 ans. Son arriération mentale est soulignée par de nombreux stigmates dégénératifs (microcéphalie, voûte ogivale, etc...). Il présente un caractère irritable et des réactions coléreuses violentes.

Cas D. — M^{lle} L... Emilie.

Elle entre à Saint-Yon une première fois en 1928, à 17 ans.

Après de nombreux essais de sortie, tous désastreux, elle revient en 1934. Elle est atteinte de débilité mentale (âge mental : 8 ans). Fugues, vols. Irritabilité. Impulsivité. Les appétits sexuels se manifestent avec violence et précision.

OBSERVATION XIX

Sommaire. — Elle concerne deux frères. Tous deux sont conduits par l'arriération intellectuelle à des actes antisociaux.

Cas A. — M. D... Roger.

Il entre à Quatre-Mares à 17 ans, en novembre 1930, sur rapport médico-légal, après inculpation de violences sur une fillette de 8 ans.

Il est atteint d'imbécillité avec bavardages, impulsions sexuelles et anti-sociales dangereuses.

Nombreux stigmates physiques de dégénérescence, micro-céphalie asymétrie faciale; etc...

Cas B. — M. D... Fernand.

Il entre à 19 ans, en 1935, après rapport médico-légal concluant à l'irresponsabilité dans une affaire de tentative de meurtre sur son père. Il est atteint d'arriération mentale et physique, avec impulsions, absence de sentiments éthiques, inconscience de son état.

CHAPITRE IV

2^e groupe d'observations

Chacune des 9 observations que contient ce chapitre réunit des sujets chez qui on découvre, à travers les dissemblances des diagnostics posés, des analogies marquées.

Ces analogies sont de natures diverses :

Tantôt le contenu des idées délirantes : Héritage à récupérer, chez deux frères (observation XXIV); idées d'une persécution que deux sœurs attribuent à l'entourage familial (observation XXVI).

Tantôt la teinte des préoccupations : Mystique chez deux sœurs (observation XXIII); mystique et érotique à la fois, chez un frère et une sœur (observation XXVII).

Tantôt la similitude des troubles sensoriels : Chez une mère et sa fille (observation XXVIII).

Tantôt les grandes lignes évolutives de la maladie : Périodicité, variabilité prononcée du ton de l'humeur, intermittence des états pathologiques, etc... (observations XX et XXI).

OBSERVATION XX

Sommaire. — Elle concerne une mère (cas A) et sa fille (cas B).

La mère entre dans la démence à 70 ans après avoir, durant toute sa vie, fait alterner les périodes d'excitation maniaque et de dépression mélancolique. La fille est considérée jusqu'à 40 ans comme périodique. Mais les troubles de l'humeur et du comportement masquaient des arrière-plans qui vont réaliser un état schizophrénique.

Cas A. — M^{me} C..., née D... Angèle.

Entre 1930 (elle a 62 ans) et 1934, elle vient à Saint-Yon à 4 reprises.

L'anamnèse, l'examen, l'évolution de l'affection imposent le diagnostic de psychose périodique.

Nous la retrouvons en 1936, lors de son cinquième séjour. Tantôt mélancolique et anxieuse, tantôt maniaque et euphorique, elle est actuellement en état de démence, inconsciente de son état, de caractère difficile, stéréotypée dans sa mimique et dans son langage.

Cas B. — M^{lle} C... Madeleine.

Elle entre en 1921, à 27 ans. Elle va séjourner presque un an à l'Asile, considérée comme maniaque. La fuite des idées, la logorrhée, la mobilité de l'humeur, l'euphorie prédominante, etc... font passer au second plan des signes de mauvais augure : des rires aux éclats non motivés, des réponses à côté, des négligences de la tenue.

A son deuxième séjour en 1934, on est en présence d'une démence précoce, à forme hétérophrénocatatonique : affaiblissement intellectuel global, impulsions, stéréotypies, manérisme, incurie.

OBSERVATION XXI

Sommaire. — Elle concerne une mère (cas A) et sa fille (cas B).

C'est le terrain cyclothymique qui semble constituer le lien évolutif entre les deux psychoses : Psychose Périodique franche chez la fille; Psychose Paranoïde, à évolution intermittente, chez la mère. Cette dernière pose le problème des psychoses associées. Il est difficile de préciser chez elle l'importance respective des éléments schizoïdes et des éléments cycloïdes.

Cas A. — M^{me} L..., née Y... Marie.

Elle entre en 1912, à 39 ans, pour un état d'excitation psychique.

Elle va présenter, elle présente encore, des éléments psychopathiques extraordinairement polymorphes, tant au point de

vue de leur contenu intellectuel et affectif, qu'au point de vue de la forme sous laquelle ils vont se manifester.

Tantôt elle est déprimée à l'extrême (auto-accusation, atteinte de malheurs imaginaires, idées d'indignité, etc...). Elle a alors des préoccupations religieuses, passe son temps en prières, pleure. Elle n' « a que tristesses sur tristesses ». Elle fait des interprétations délirantes multiples, est persécutée par l'infirmière qui la garde. Tantôt le ton de l'humeur s'élève. Elle est bruyante, euphorique, grandiloquente. Les questions internationales, les faits quotidiens de la vie politique fournissent un élément à son exaltation. Musicienne, elle découvre dans chaque œuvre qu'elle interprète un rapport avec les événements du jour. Elle envoie à sa fille, qui en a le plus grand besoin, « son influx protecteur et bénéfique ».

Son comportement, ses paroles, traduisent un syndrome d'action extérieure (« Dieu est sur elle, la gouverne. Elle est médium... »); des hallucinations auditives ou plutôt des pseudo-hallucinations à caractère oniroïde; des interprétations délirantes.

Les néologismes fleurissent : « Je suis Evor : quand je suis malheureuse, le Seigneur s'indigne, et je suis l'Echo du Verbe. Quand ma peine est moindre, je suis silencieuse, je ne suis que l'Ombre du Rayon... ». Un évêque est « désacrosé ». L'accordeur « maléficié » le piano, etc...

Certaines fonctions intellectuelles élémentaires sont conservées : mémoire, attention, présence. Il n'y a pas d'élément démentiel.

D'une part, la variabilité des éléments délirants, leur contenu extraordinairement mouvant; la présence, d'autre part, des néologismes, du syndrome d'action extérieure, la teinte tantôt mélancolique et tantôt euphorique des préoccupations, semblent rattacher notre malade à certaines paraphrénies fan-

tastiques et permettent peut-être de poser le diagnostic de psychose paranoïde.

Cas B. — M^{lle} L... Louise.

De 1923 à 1937 (elle a actuellement 40 ans) elle fait 7 séjours à Saint-Yon.

Elle réalise cette forme de la psychose périodique qu'on a décrite sous le nom de folie circulaire. Elle ne retrouve à aucun moment un état mental absolument normal. Aux phases d'excitation maniaque qui l'amènent à l'Asile, succèdent immédiatement des phases de dépression qui lui permettent de vivre, anormalement d'ailleurs, à l'extérieur. Cette psychose périodique semble évoluer sur un fonds de déséquilibre mental. Quelques idées délirantes de teinte érotomaniaque.

OBSERVATION XXII

Sommaire. — Elle concerne une mère (cas A) atteinte de mélancolie anxieuse sénile, et son fils (cas B), psychasthénique.

Même si l'on accepte de ne pas considérer les psychasthéniques comme de « petits mélancoliques », on doit constater certaines analogies dans ces deux cas.

Cas A. — M^{me} D..., née T... Henriette.

Elle entre en 1930, à 55 ans, atteinte de dépression mélancolique. Pas d'antécédents psychopathologiques personnels. Elle présente actuellement un état mélancolique permanent avec des bouffées anxieuses fréquentes.

Affaiblissement intellectuel considérable.

Cas B. — M. D... Jean.

Il entre à Quatre-Mares en 1930, à 27 ans.

C'est un psychasthénique avec obsessions à caractère interrogatif, phobies variées, préoccupations hypocondriaques.

Nombreux stigmates physiques de dégénérescence.

De fréquentes périodes paroxystiques réalisent par intervalles un tableau d'anxiété pure anidétique qui rapproche le sujet du cas précédent (A).

OBSERVATION XXIII

Sommaire. — Elle concerne deux sœurs. La première est atteinte de psychose périodique. La seconde de psychose paranoïque de type paraphrénique. Elles présentent en commun des idées de persécution et des préoccupations d'ordre religieux. La deuxième comme la première a des périodes d'excitation psychique où dominant l'élément hypomaniaque et l'euphorie.

Cas A. — M^{lle} L... Egalité.

Elle entre en 1908, à 53 ans. Le certificat d'entrée porte délire de persécution, avec interprétation. « On la tourmente. On lui fait perdre ses places parce qu'elle est protestante... » Appoint alcoolique. L'évolution va rapidement révéler qu'il s'agit d'une psychose périodique, avec prédominance de l'état hypomaniaque. C'est seulement à de courts intervalles, à l'occasion de périodes dépressives avec appoint confusionnel, que réapparaissent les idées délirantes de persécution, et des préoccupations d'ordre religieux.

Cas B. — M^{me} L... nec (...)

Elle entre à Saint-Yon en 1919, à 43 ans.

C'est l'état de surexcitation intellectuelle qui domine alors. Bavardage intarissable. Fuite des idées. Euphorie. Automatisme délirant. Les hallucinations auditives et cénesthésiques, les hallucinations psychomotrices, les idées délirantes, sont orientées dans le sens de la persécution. Préoccupations hypocondriaques et de teinte mystique. Le symptôme délirant est relativement cohérent. La malade est lucide. Des périodes d'excitation psychiques et motrices surviennent par intervalles irréguliers.

OBSERVATION XXIV

Sommaire. — Elle concerne deux frères. L'un est atteint de démence paranoïde. L'autre présente vraisemblablement un délire à structure paranoïaque. Tous deux ont pendant des années développé un même thème délirant (l'héritage de leur père). Ils illustrent la question si controversée des délires à deux¹.

Cas A. — M. R... Jean.

Il entre à 43 ans, en 1925.

A son entrée, l'affaiblissement intellectuel, les interprétations mégalomaniques absurdes, les néologismes étaient déjà notés.

1. P. Fouque. Maladies mentales familiales. Thèse Paris, 1899, page 19.

Actuellement, il réalise une démence paranoïde. Dans l'incohérence foncière des propos, à travers l'attitude discordante, parmi les néologismes qu'il multiplie, il est difficile de retrouver les conceptions ambitieuses qui marquèrent le début de l'affection. Des idées délirantes de richesse, d'héritage fabuleux de son père, de toutes les conceptions ambitieuses qu'il créa et fit partager à son frère, il ne reste plus que des bribes éparses, marquées par la démence.

Cas B. — M. R... Pierre.

Il entre à Quatre-Mares à 40 ans en 1929, venant de l'Asile de Ville-Evrard où il était soigné depuis de nombreuses années.

Il a construit un système délirant remarquablement riche et organisé. Il attend un héritage considérable, légué par son père décédé à l'étranger. Ce délire interprétatif et hallucinatoire il le développe par une argumentation lucide, cohérente, logique. L'absence d'affaiblissement intellectuel; une attitude discordante; des bizarreries; une certaine préciosité d'expression peuvent permettre de laisser le diagnostic hésitant. S'agit-il d'un délire à structure paranoïaque ou d'une schizose, il est difficile de se prononcer.

OBSERVATION XXV

Sommaire. — Elle concerne une mère (cas A) et son fils (cas B). Celui-ci est atteint de psychose paranoïde. Sa mère présente actuellement un délire de persécution, à structure encore incertaine. Dans les deux cas, prévalence des préoccupations mystiques.

Cas A. — M^{me} S..., née X...

Elle entre à Saint-Yon en 1938, à 73 ans.

Elle développe des idées délirantes de persécution, de teinte mystique, qui semblent évoluer sur un fonds de débilité mentale. « Des petits esprits lui parlent, lui disent des paroles désagréables. Ils ne peuvent la tuer, car elle a son chien avec elle. On la suit dans la rue... » Avec de grands gestes de bras, des cris, elle invoque « notre Jésus, pour qu'il la sauve. »

Les fonctions psychiques élémentaires sont conservées. Pas de troubles de mémoire. Pas de désorientation.

Cas B. — M. S... Paul.

Il entre à Quatre-Mares en 1937, à 35 ans.

Il présente un délire à structure paranoïde, à thème d'idées d'influence, d'hypocondrie, de mysticisme.

Le maniérisme du sujet, la discordance, les impulsions, indiquent la nature schizophrénique de l'affection.

OBSERVATION XXVI

Sommaire. — Elle concerne deux sœurs.

L'une (cas A) est atteinte de démence paranoïde, avec prédominance des idées de persécution. C'est le seul élément qui présente chez elle un certain degré d'organisation.

L'autre (cas B) est une débile chez qui dominent les idées de persécution.

Cas A. — M^{me} T..., née L... Marie.

Elle fait un premier séjour de 2 ans, à 50 ans, à partir de 1928. Elle présente un syndrome paranoïde caractérisé par

des idées délirantes de grandeur et de persécution. « Elle est le Pape. Elle est enceinte du Petit Jésus, par l'opération du Saint-Esprit. Son mari est à la fois allemand, et communiste anglais... Sa famille lui fait la guerre, veut lui prendre son argent et son esprit... »

Quand elle revient à Saint-Yon en 1936, ses propos sont cahotiques, totalement incohérents. Stéréotypies. Indifférence affective. Gâtisme.

Cas B. -- M^{me} M..., née L...

Après un séjour de 2 mois à Saint-Yon en 1915, elle y revient en 1927.

C'est une débile, alcoolique, qui présente des idées de persécution dirigées contre son entourage, particulièrement son mari; des interprétations délirantes, des troubles sensoriels variés.

On ne trouve pas chez elle d'éléments démentiels.

OBSERVATION XXVII

Sommaire. — Elle concerne un frère (cas A) et sa sœur (cas B). L'internement est devenu indispensable au même âge. L'un est atteint de schizophrénie, l'autre de démence précoce. Chez nos deux malades on retrouve la même teinte des préoccupations prévalentes : mysticisme et érotisme.

Cas A. — M. F... Maurice.

Déjà soigné à Quatre-Mares en 1927, à 28 ans, il y revient en 1929.

Les certificats nous le montrent maniéré, bizarre. Il a de l'ambivalence, de l'indifférence affective; troubles vago-sym-

pathiques. Il n'y a pas de démence vraie. A certains moments, en effet, le malade nous livre le contenu de sa pensée autistique. On découvre alors des préoccupations mystiques et érotiques. Il réalise un syndrome schizophrénique.

Cas B. — M^{lle} F... Marie-Thérèse.

Elle entre à Saint-Yon en 1933, à 28 ans, en état de mutisme absolu. Ambivalence. Sitiophobie. Négativisme.

Au bout de quelques semaines, elle sort de son mutisme. On constate : un affaiblissement intellectuel considérable, un vague délire polymorphe où dominent les préoccupations mystiques : « c'est Dieu qui lui ordonne de ne pas manger. Elle devrait se nourrir avec de l'eau de Lourdes, etc... » Ap-
point érotique.

Cette démente précoce est reprise par sa famille au début de 1935.

OBSERVATION XXVIII

Sommaire — Elle concerne une mère (cas A) et sa fille (cas B). La première présente une Psychose Paranoïaque, dont le contenu est caractérisé par la richesse des éléments persécuteurs. La deuxième est une épileptique dans un état presque déméntiel, chez qui subsistent des idées de persécution et des hallucinations variées.

Cas A. — M^{me} G..., née G... Mathilde.

Elle entre en 1924, à 48 ans. Le diagnostic porté est alors : Délire de persécution avec illusions, interprétations, hallucinations.

« Elle ne veut pas rendre le mal pour le mal ». Aussi, réagit-elle en tentant de se suicider à deux reprises.

Actuellement, on constate la persistance des troubles sensoriels et des idées de persécution. Les idées délirantes sont de plus en plus absurdes, mais gardent une unité de systématisation : la persécution en est le lien. Le développement systématique du drame persécutif, l'absence d'affaiblissement intellectuel, l'exaltation de la personnalité et des tendances dominantes d'orgueil et d'interprétation; les idées de préjudice et de revendication permettent de penser à un délire de structure paranoïaque.

Cas B. — M^{me} C..., née C...

Elle entre en 1924, à 27 ans.

Depuis son adolescence, elle est atteinte d'épilepsie convulsive.

Actuellement, état quasi-démentiel avec verbigération, fabulation, incohérence des propos. Un système délirant, des hallucinations sensorielles et cénesthésiques donnent cependant une certaine unité psychopathique. « On lui envoie des visions d'animaux terrifiants. On vient lui tordre les jambes la nuit. On veut sauter sur elle... »

CHAPITRE V

3^e groupe d'observations

Dans ce court chapitre, on trouvera cinq observations. Aucun de ces malades ne présente avec son parent d'analogie symptomatique quelconque.

Trois Déments Précoces sont alliés respectivement à un Imbécile, à un Mélancolique Sénile, à un Choréïque.

Une Paralytique générale a une fille Épileptique. Un Dément Sénile a un fils atteint d'Imbécillité.

OBSERVATION XXIX

Sommaire. — Elle concerne deux sœurs.

L'une (cas A) est atteinte de démence précoce. L'autre (cas B) d'imbécillité.

Cas A. — M^{me} M..., née F...

Elle entre à Saint-Yvon en 1933, à 32 ans, en état de confusion subaiguë. Très rapidement apparaissent des signes de la série schizophrénique : ton puéril, maniérisme, bizarreries d'attitudes, autisme, indifférence affective apparente, affaiblissement intellectuel, inactivité absolue.

Cas B. — M^{lle} F... Madeleine.

Entrée en 1913 à 13 ans, elle est atteinte d'imbécillité profonde.

OBSERVATION XXX

Sommaire. — Elle concerne la tante (cas A), atteinte de mélancolie sénile, et la mère (cas B), atteinte de Démence Précoce.

Cas A. — M^{me} L..., née L...

Entre en 1937, à 70 ans. Elle présente un syndrome mélancolique évoluant sur un fonds mental affaibli.

Cas B. — M^{me} L... Aline.

Elle entre à 20 ans, en 1916. Elle est atteinte de démence précoce à forme hétérophrénocatatonique.

OBSERVATION XXXI

Sommaire. — Elle concerne deux frères.

L'un (cas A) est atteint de chorée de Huntington avec troubles mentaux.

L'autre (cas B) est atteint de démence précoce.

Cas A. — M. L... Lucien.

Entre à 16 ans, en 1931.

Tableau clinique de la chorée de Huntington. Au point de vue psychique : débilité considérable; quelques idées délirantes; troubles mnésiques.

Cas B. — M. L... Robert.

Entre à 20 ans, en 1937, pour un état d'onirisme hallucinatoire, avec quelques signes permettant de porter un pronostic défavorable : stéréotypies, vagues idées paranoïdes.

Actuellement, il présente un état caractérisé par une attitude dysharmonique, de la discordance, des rires explosifs. L'indifférence affective est complète. Affaiblissement intellectuel.

Nombreux stigmates de syphilis héréditaire.

OBSERVATION XXXII

Sommaire. — Elle concerne une mère et sa fille.

La première (cas A) est atteinte de paralysie générale. La seconde (cas B) est une épileptique avec troubles du caractère.

Cas A. — M^{me} F..., née B...

Entrée à 67 ans, en 1937, est paralytique générale. Elle meurt au cours d'un ictus au bout de quelques mois.

Cas B. — M^{lle} F... Léa.

Soignée depuis 4 ans dans un hôpital de la région, elle doit être internée à 40 ans, en 1937, pour des troubles de caractère (récriminations, protestations, irritabilité, violences...). L'apparition des crises épileptiques remonte à l'adolescence.

OBSERVATION XXXIII

Sommaire. — Elle concerne un père (cas A) et son fils (cas B). Le premier est atteint d'affaiblissement intellectuel sénile. Le deuxième d'imbécillité.

Cas A. — M. T... Joseph.

Il entre à Quatre-Mares à 65 ans, en 1932, pour dépression mélancolique, avec idées hypocondriaques, et raptus anxieux.

Actuellement, il présente des signes cliniques somatiques et psychiques de sclérose artérielle cérébrale. Affaiblissement intellectuel, persévération, troubles du caractère, instabilité, hyperémotivité.

Cas B. — M. T... Robert.

Il entre à 36 ans, en 1937.

Tableau clinique d'imbécillité.

Réponses monosyllabiques, nombreux stigmates de dégénérescence, tics, grimaces, gestes désordonnés.

CHAPITRE VI

Considérations générales

De l'exposé de ces 33 observations, de cet amas de faits, quelles sont les notions importantes qui peuvent se dégager? Que transmet l'hérédité dans les cas particuliers envisagés? Y trouvons-nous des arguments pour prendre parti dans le combat séparant ceux qui pensent (Déjérine en particulier) que l'hérédité n'est pas spécifique; et ceux qui pensent le contraire (Kraepelin, Demay et d'autres¹)? Y trouvera-t-on la confirmation de ce fait que l'hérédité de la Démence Précoce est polymorphe et discontinue; et l'hérédité de la Folie Maniaque Dépressive directe, similaire, spécifique et continue²? Que la constitution cyclo-

1. W. Bowen. *Similarité et Mendélisme dans l'hérédité de la Démence Précoce et de la Folie Maniaque Dépressive*. Th. 1915, p. 23 et suiv.

2. Demay. *Les Psychoses familiales*. Th. Paris 1913. Ollier éd., p. 23 et suiv.

thymique est dominante et la constitution schizoïde récessive?

Constatons seulement qu'il n'y a pas d'exclusivisme essentiel entre telle ou telle affection mentale. En particulier entre la Démence Précoce et la Folie Maniaque Dépressive. Que si la similarité semble être le lot du plus grand nombre des cas observés la loi est loin d'être absolue.

Aussi bien ce ne sont pas ces questions que nous nous sommes posées.

Un fait essentiel semble se dégager. C'est sur celui-là seulement que nous voulons, prêt de terminer, attirer l'attention. On ne peut pas, en lisant la plupart de ces observations, ne pas être frappé par le fait que les analogies psychomathiques se retrouvent chez les sujets de la même famille avec une fréquence et une netteté vraiment remarquables.

Ceci se conçoit aisément si l'on est en présence d'affections homonymes. Encore faudrait-il faire remarquer jusqu'à quel point peuvent être poussées ces analogies. *Mais ce qui nous semble plus important c'est que, ces analogies, nous les retrouvons même lorsqu'il s'agit d'affections de nom différent.*

Ainsi, franchissant les barrières peut-être artificielles dans lesquelles nous nous essayons à enfermer les maladies mentales, des signes, des groupes de signe, des syndromes mentaux semblables vont se

reproduire chez les membres d'une même famille quels que soient la forme, le genre, le degré de parenté.

Le syndrome mental plus que la maladie mentale se transmet et se conserve.



Nous n'énumérerons pas à nouveau les analogies, que nous nous sommes efforcé de mettre en évidence à l'occasion de chacune des observations.

Mais ayant établi la réalité du fait lui-même, pouvons-nous en donner l'explication?

La notion de constitution va-t-elle nous éclairer? Le fait que les psychoses différentes peuvent s'associer chez un même sujet nous ouvrira-t-elle la voie de la vérité? Enfin l'importance de la transmission de caractères acquis d'une part; le fait d'autre part de la contagion mentale nous donnera-t-elle une explication satisfaisante?

Disons tout de suite que nous ne le croyons pas, et que nous restons aux hypothèses. Pour expliquer la présence à l'intérieur de maladies mentales différentes, de deux syndromes familiaux homologues, il faudrait faire intervenir pour chaque cas des explications différentes. Aucun argument ne semble valable pour l'ensemble des cas considérés.

Certes les limites ne sont pas nettes en psychiatrie. Et « un schizoïde sera susceptible de manifester « des tendances paranoïaques à titre épisodique, et « *vice-versa* un paranoïaque pourra par intervalle « présenter les traits de la schizoïde¹... ».

Mais il ne s'agit pas toujours d'épisode momentané. Telle de nos malades atteinte de psychose périodique a une sœur atteinte de psychose paranoïaque (observation XXIII). Les périodes d'excitation et de dépression; les idées de persécution; les préoccupations mystiques qui sont leur lot commun s'expliqueraient-elles par quelque analogie constitutionnelle? Par des éléments transmis?

Le syndrome délirant de ces deux frères (observation XXIV), l'un dément paranoïde, l'autre atteint de psychose paranoïaque, ne saurait répondre à un substrat constitutionnel. Il s'agit là d'un délire induit, réciproque, communiqué, de folie à deux. Mais nos deux frères n'ont pas réalisé la même psychose, et l'évolution ne se fait vers la démence que pour l'un d'eux. *Un même syndrome délirant a pu évoluer chez eux indépendamment de la structure de leur délire.*

Le fait que deux psychoses peuvent se trouver associées chez un même sujet, et intriguer leurs symptômes, explique peut-être pour certains cas les ana-

1. H. Claude, A. Borel, et Gilbert Robin. *La constitution Schizoïde*. in Encéphale 1924, n° 4, p. 209.

logies évolutives (intermittences, retour périodique d'état d'excitation et de dépression) rencontrées chez deux parents.

En effet si le tableau clinique est dans son ensemble différent chez les deux malades, les éléments de la constitution commune peuvent cependant donner chez chacun d'eux quelques sons semblables. Telles les deux malades de l'observation XXI. L'une atteinte de psychose périodique, l'autre de psychose paranoïde. La périodicité semble être le lien entre les deux malades. Le terrain cyclothymique produit chez elles des manifestations cliniques analogues.

On voit la faiblesse des arguments, qui sont plutôt des hypothèses, avancés pour essayer d'expliquer ces analogies cliniques. Cette impuissance traduit peut-être l'imperfection de nos cadres nosologiques. Peut-être ceux-ci ne répondent-ils pas toujours à la réalité des faits.

CONCLUSIONS

Nous avons exposé les observations de plusieurs familles de psychopathes présentant chacune simultanément à notre examen plusieurs de leurs membres.

Pour les cas envisagés :

1° Dans une même famille, l'identité des diagnostics, comme on pouvait s'y attendre, est fréquente.

2° Mais de plus, à l'intérieur des cadres nosographiques différents, malgré les différences des diagnostics posés, l'existence de syndromes mentaux similaires et souvent exactement superposables, est quasi constante.

3° Tout se passe comme si, ce que transmet l'hérédité, c'est moins telle maladie déterminée, qu'une aptitude à réaliser, avec les matériaux légués, des syndromes semblables.

Vu le Président,

CLAUDE.

Vu le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le recteur de l'Académie de Paris,

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Apert.* — La Génétique. Lois de Mendel. In Paris Médical, 23 déc. 1911.
- Bowen (W.)*. — Congrès des Aliénistes suisses. Rapport de Psychiâtrie, Lugano, 14, juin 1924.
- Bowen (W.)*. — Similarité et Mendelisme dans l'Hérédité de la Démence Précoce et de la Folie Maniaque Dépressive. Thèse, 1915.
- Bowen (W.)*. — L'Hérédité en psychiâtrie. In Encéphale, 1924, p. 635-648.
- Briand.* — Hérédité des maladies mentales. In Progrès Médical, 31 mars 1928, p. 523.
- Brousseau (A.)* — L'Hérédité dans les affections circulaires. Congrès des Aliénistes de France et des Pays de langue française. Bâle-Zurich-Neuchâtel, 20-25 juillet. 1936. In Revue Neurol., n° 4, oct. 1936.

- Brune (M.).* La transmission héréditaire de la constitution psychique et des psychoses constitutionnelles. In Archives Intern. de Neurol., 1^{er}-6 janvier 1930.
- Claude (H.), Borel (A.), Gilbert Robin.* — Démence Précoce; Schizomanie et Schizophrénie. In Encéphale, mars 1924, n° 3, p. 148.
- Claude (H.), Borel (A.), Gilbert Robin.* — Psychose paranoïaque à type paraphrénique, d'allure mystique avec démonopathie et zoopathie. In Encéphale, nov. 1934, p. 590.
- Claude (H.), Borel (A.), Gilbert Robin.* — La constitution Schizoïde. In Encéphale, 1924, n° 4, p. 209.
- Claude (H.), Borel (A.), Gilbert Robin.* — Paraphrénie et Psychose Paranoïde. In Semaine des Hôpitaux de Paris, n° 13, 15 juill. 33, p. 417.
- Crouzon (O.).* --Hérédité des maladies nerveuses et mentales. Bull. Soc. de Sexol., I, 238-255, mai 1934.
- Déjérine (J.).* — Hérédité des maladies du S. N., p. 28, Asselin Ed., 1886.
- Demay.* -- Les Psychoses familiales. Th. Paris, 1913, llier Ed., p. 12 et suiv.
- Dide et Guiraud.* -- Psychiatrie du médecin praticien, p. 10.
- Dumas (G.).* -- Traité de psychologie, t. II, p. 595-610, Alcan Ed., 1924.

- Esquirol*. — Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique, et médico-légal. Th., Paris, 1838, p. 64.
- Féré (Ch.)*. — La Famille névropathique. Alcan Ed., 1898.
- Fouque (P.)*. — Les maladies mentales familiales. Th., Paris, 1899, p. 19.
- Heuyer (G.)*. — L'Hérédité et l'éducation, leur rôle dans l'hygiène mentale de l'enfant. In Rev. méd. soc. de l'enf. III, 401-410, nov.-déc. 1935.
- Laignel-Lavastine, Barbé, Delmas*. — La Pratique Psychiatrique. J.-B. Baillière Ed., 1919.
- Levy-Valensi*. — Précis de Psychiatrie. J.-B. Baillière Ed., 1926.
- Marie (A.)*. — Influences ancestrales et psychiatrie. Arch. Neurol., t. I, V., fév. 1928, p. 50, et mars 1928, p. 93.
- Mignot (R.)*. — Une observation d'hérédité mentale pathologique. Bull. Soc. d'Anthropo. de Paris, 9-67-72, 1928.
- Minkowski*. — La Schizophrénie. Psychopathologie des Schizoïdes et des Schizophrènes. P. 16, Payot Ed, 1927.
- Morel*. — Traité des mal. mentales. Masson Ed., 1864, p. 516.
- Poirier (B.)*. — Etude sur l'Hérédité des maladies mentales. Th., Paris, 1936, Mignot Ed.

Régis (E.). — Précis de psychiâtrie. O. Douin Ed., 1923.

Ribot (Th.). — L'Hérédité psychologique. Baillière Ed., 1882, p. 168.

Rodiet. — Progrès médical, n° 4, 24 mai 1930. Les familles d'aliénés et l'Hérédité mentale.

Rodiet. — Paris médical, n° 34, 22 août 1936 : Hérédité mentale et psychanalyse.

Schiff (P.) et *Mareschal (P.)*. — Hérédité psychopatique et stérilisation eugénique. In Ann. Medico-Psych., I, 89, 71-78, janvier 1931.

Trélat. — Cf. Déjérine.

Tullat. — L'Hérédité cyclothymique. Son utilité dans le diagnostic et le pronostic de certaines psychoses. Th., Paris, 1932.

